

●御紹介下さる先生方へ

当院では以下の流れで紹介患者様の受け入れを実施しております。
以下の内容をご確認の上、ご紹介ください。

①予約事前受付

当院へ受診の際、電話にて事前に予約をお願いします。

②経過報告

ご紹介いただきました患者様につきましては、当院より経過報告を必ず行います。

●御紹介頂いてから結果の御報告までの流れ



①貴院（紹介元）にて**当院の案内**（2ページ目）を患者様にお渡しください。

②**紹介状**（3ページ目）を記載頂き、患者様へお渡し下さい。

※紹介状を持参のうえ患者様が当院を受診。

③貴院へ検査結果を御報告させていただきます。（郵送）

紹介状（診療情報提供書）

【紹介先】 茨城県つくば市西平塚104-1

TEL：####-###-#### FAX：####-###-####

国際ハートスリープクリニックつくば 行

【紹介元】 医療機関の住所、名称、電話番号、医師氏名等（ゴム印等をご利用ください）

--

（ふりがな）

患者氏名 殿 性別（男・女）

患者住所 電話番号

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日（ ）歳 職業

【病名】 睡眠時無呼吸症候群の疑い

【合併疾患】

【紹介依頼内容】 * 依頼項目に をお願い致します。

簡易検査から終夜睡眠ポリグラフィー（PSG）検査まで依頼

終夜睡眠ポリグラフィー（PSG）検査のみ依頼

* 簡易検査の数値をご記入ください（AHI _____）

検査から CPAP 継続治療管理まで全て依頼

検査及び CPAP 導入後、安定するまでの間（約3ヶ月）「国際ハートスリープクリニック」で行い、その後の治療管理は当院（紹介元）にて実施

CPAP 導入済み患者様の外来管理依頼 簡易検査データ、PSGデータを添付ください。

CPAP 導入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 CPAP設定値： _____

CPAP 導入前 AHI： _____ CPAP 導入後 AHI： _____

【現在の処方（処方薬等）、その他】 * 処方箋のコピー等でも結構です。